Aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt und Frauenklinik
zu Breslau.
Direktor Geh. San.-Rat Dr. Baumm.

Beitrag zur Klinik der Stirnlagen.

(39 Fälle aus den Jahren 1895—1921.)

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Herbert Czapski,
Med. Prakt.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Breslau 1921.
Druck von Böhm & Taussig, Breslau II

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
Referent: Prof. Dr. Küstner.

Seit ihrer Erkennung und Beschreibung, zuerst 1740 von Mauriceau, später von Lachapelle, Heinricius und Ahlfeld haben unter den Deflexionslagen die Stirnlagen wegen ihrer Seltenheit das Interesse der geburtshelfenden Ärzte erregt. Bei ihnen ist die physiologische Beugehaltung der Frucht in eine Streckung geringeren oder stärkeren Grades übergegangen, sodaß bei den Stirnlagen die große Fontanelle der führende Punkt des Kopfes geworden ist. Erst wenn diese Haltung persistiert, sobald Kopf und Becken in ein dauerndes Verhältnis getreten sind, sind wir berechtigt, von Stirnlage zu sprechen. Die Übergangsstellungen in die Gesichtslage wurden daher unter den ausgewählten Fällen dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Beim Tiefertreten des Kopfes dreht sich meist die Stirn nach vorn, seltener nach hinten, unter unseren Fällen dreimal. Spontangeburten von kleinen Früchten bei dieser Stellung wurden von Braun, Beyrer, Hecker und Rasch mitgeteilt. Unter unseren Fällen wurde zweimal perforiert, im dritten Falle, der mit rachitisch-plattem Becken kompliziert war, erfolgte die spontane Geburt eines toten Kindes von 3800 g Gewicht und 53 cm Länge während der Vorbereitung zur Sectio. (Siehe Arbeit.)

Drehpunkt des austretenden Schädels ist bei Stirnlage die Gegend der Nasenwurzel oder des Jochbeins, sodaß die durchtretenden Ebenen, das planum naso-occipitale oder maxillo-occipitale die großmöglichsten sind, woraus Schädigungen der mütterlichen Weichteile und Verlängerung der Geburt resultieren.

In der Berichtszeit fanden sich bis Ende 1920 unter 30829 Geburten 36 Stirnlagen, d. h. 1 : 856 oder 0,116 %. Die Anzahl schwankte in den einzelnen Jahren, die höchste Verhältniszahl hat 1914 mit 1 : 240, die niedrigste 1915 mit 1 : 1693. (1921 ist wegen der fehlenden Gesamtgeburtenzahl unberücksichtigt.) Im ganzen verfügen wir bis Mitte 1921 über 39 Beobachtungen. An Hand der Angaben von 18 Autoren kommen auf 525164 Geburten 551 Stirnlagen, d. h. 1 : 953 oder 0,105 %. Der Rücken stand 23 mal nach links, 14 mal nach rechts, also im Verhältnis von 1,6 : 1 (Berghaus 1,57 : 1, Steinbüchel 1,87 : 1, Kunicke 1 : 2, Hecker, Spiegelberg 1 : 1,43). Unter den Müttern waren 17 = 43,6 % Erstgebärende, 22 = 56,4 % Mehrgebärende (1 : 1,29). Wesentlich ungünstiger schneiden die Primiparae bei Weiberlen mit nur 7,4 %, bei von Galczynski mit 19,05 % ab. Bei 11 Mehrgebärenden fanden sich anamnestisch Störungen früherer Geburten. Das Alter der Mütter bewegte sich zwischen 18 und 44 Jahren.

Unter den Geburtsprodukten waren 20 Knaben und 18 Mädchen (in einem Falle fehlt die Angabe), das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen demnach 1,1 : 1, während Kunicke 4,5 : 1 angibt. Es wogen unter 3000 g 19, bis 3500 g 12, über 3500 g 8. Diese Zahlen, verglichen mit denen von Heinricius, v. Franqué und Beyrer, zeigen, daß die größeren Früchte über 3000 g bei den Stirnlagen überwiegen, unter 403 Fällen 265 mal. Das Durchschnittsgewicht berechnete sich nach Korrektur des durch Perforation entstandenen Gewichtsverlustes auf 3214 g, werden noch 6 Frühgeburten berücksichtigt, auf 3109 g. (Hecker 2878 g, Beyrer 2936 g, Berghaus 3171 g, Steinbüchel 3241 g.) Die mittlere Länge der ausgetragenen Kinder betrug 50,3 cm. (Beyrer 46 cm, Walter 52,8 cm.) Zwillingsgeburten fanden sich 4mal, davon 2mal das Kind in Stirnlage, wie es als selteneres Vorkommnis Berghaus, Bockelmann und v. Weiß beschreiben. Analog den Resultaten von Steinbüchel ergab sich bei der Messung der Schädelmaße eine Vergrößerung im Diameter suboccipito-bregmaticum.

Als vermutliche Ursachen für die Stirnlage fanden sich unter unserem Material: Hängeleib bei engem Becken 1mal, Maceration der Früchte 2mal, kleine Früchte unter 2500 g 11mal, Zwillingsgeburten 4mal, Mißbildungen der Frucht (Ascites, Myxoedem, Riesenplacenten) in einem Falle bei einer Zwillingsgeburt. (Protokoll in der Arbeit.)

Übereinstimmend mit anderen Autoren (Gehrcke 46 %, Walter 43 %, Peters 50 %) fand sich als überwiegende Ursache das enge Becken 19 mal unter 39 Fällen, d. h. in 48,3 %. Ein Fall, in dem sich eine narbige Stenose des Orificium internum uteri fand, läßt sich zur Stütze der Beyrer'schen Ansicht verwenden, daß Strikturen des unteren Gebärmutterabschnittes die Ausbildung der vollkommenen Deflexion also diie Entstehung der Gesichtslage hindern.

Der Tod der Mutter war in einem Falle (2,56 %) durch Peritonitis nach Uterusruptur zu beklagen. Die höchste Mortalität gab Beyrer mit 8,6 % (4 unter 46), den niedrigsten Fritsch und Walter mit 0 % bei allerdings kleinerer Geburtenzahl an. Uterusrupturen traten im obigem und einem weiteren Falle ein, bei denen gewendet wurde; bei letzterem bestand die vorhin erwähnte Striktur des Orificium internum uteri. Fiebersteigerungen im Wochenbett traten in 12 Fällen auf (= 30,7 %), als extragenitale Ursachen bestanden eine Oberlappen-pneumonie, ein Panaritium, mit der Geburt in Zusammenhang standen eine Cystitis und mittelbar 2 Mastitiden. Erwähnt sei hier, daß bei uns als Lehrinstitut auch die Schülerinnen innerlich untersuchen. Dammverletzungen fanden sich bei 9 Frauen, davon betrafen spontane Geburten 0, durch Kunsthilfe beendete 9. Beteiligt waren die Primiparae mit 8 = 20,5 %, die Multiparae mit 1 = 2,5 %. Beträchtlich wie bei anderen Autoren (Stumpf 60 %, Olshausen 51,2 %, v. Steinbüchel 35,5 %, Kunicke 36,36 %) war die Gesamtmortalität der Kinder mit 19 = 48,7 %, werden 2 macerierte Kinder in Abrechnung gebracht, mit 17 = 43,58 % Entsprechend den ungünstigen, das Becken passierenden Ebenen war die Geburtsdauer beträchtlich verlängert gegenüber den Schroeder'schen (21 und 13 Std.) und Bumm'schen (15 und 10 Std.) Normalzahlen für Hinterhauptslage. Die Durchschnittsdauer betrug bei Primiparae 44½ Std., bei Pluriparen 23 Stunden.

Hinsichtlich der Therapie der Stirnlage wird von den einen ein abwartendes Verhalten, von den anderen ein aktives Vorgehen gefordert. Erstere behaupten, daß die mütterliche Mortalität nicht beträchtlich, die Resultate für die Kinder bei Spontanverlauf wesentlich bessere seien. Die anderen, unter ihnen v. Franqué, erblicken in der Stirnlage eine Dystokie, die unter 303 von v. Franqué zusammengestellten Fällen 217 mal operatives Eingreifen nötig machte (72 %).

Unter unseren Fällen verliefen 9 = 23 % spontan mit 4 = 44,4 % toten Kindern. Operatives Eingreifen war bei 30 = 77 % erforderlich mit 16 = 53,3 % toten Kindern. Da bei den operativ angegangenen Fällen zahlreiche enge Becken vertreten waren, läßt sich nicht sicher entscheiden, ob nicht ein Teil der Kinder diesen zu Lasten fällt. Weiberlen hat unter 27 Geburten nur eine spontan verlaufene und fordert ebenfalls ein aktives Vorgehen.

Als Behandlungsmethoden stehen sich gegenüber: 1) bei beweglichem Kopfe: die Umwandlungsmethoden a) in Hinterhauptslage nach Bandelocque I. u. II., Schatz, Thorn und Zangemeister, b) in Gesichtslage nach Hildebrand und Collins; 2) die Wendung auf den Fuß, für die Olshausen und v. Franqué eintreten; 3) die Zange bei tief im Beckeneingang oder im Becken stehendem Kopf; 4) die Schnittentbindung a) die Pubotomie, b) die suprapubische Entbindung in Form der Sectio cervicalis extraperitonealis, 5) die Perforation. Es wurden ausgeführt: die Umwandlung: 3 mal (2 mal gelungen), die Wendung: 10 mal (4 mal gelungen), die Zange, hohe, 5 mal (2 mal gelungen), Ausgangszange 5 mal, die Pubotomie 1 mal. Die Sectio cervicalis extraperitonealis, 5 mal ausgeführt, gab uns in Anbetracht der Zeit seit ihrer Einführung die besten Resultate mit vier lebenden Kindern. Das Fünfte war bei Beginn der Operation schon asphyktisch. Wir möchten daher die Sectio, besonders bei der häufigen Komplikation der Stirnlage mit engen Becken, als die Methode der Wahl für die Klinik bezeichnen. Die Perforation wurde 12 mal ausgeführt, 5 mal die des lebenden Kindes, allerdings in der Zeit vor der Einführung der Sectio. Heute würde das nicht mehr vorkommen. Für die Entwicklung des Kindes bei abnormer Rotation nach hinten ist die Zange nach Scanzoni versucht worden (Fall von Guggisberg), besser wäre auch hier die Sectio. Die Indikation zu therapeutischem Eingreifen war teils die Lageanomalie selbst, dann Febris intra partum (4 mal) blutiger Urin, Ödem der Labien (je 1 mal), Tympania uteri (2 mal), sodann Stillstand der Geburt, hochsteigender Kontraktionsring, Sinken der kindlichen Herztöne.

Als Ergebnis unserer Betrachtung fordern wir auf Grund unseres Materials und der Literatur als Behandlungsmethode der Stirnlage für die Klinik den extraperitonealen cervicalen Kaiserschnitt bei genügender Entfaltung der unteren Abschnitte (Bonnaire, Jeannin, Engelmann). Für die Praxis mögen folgende Sätze gelten: Bei einer Stirnlage ist aktives Vorgehen angezeigt, bei beweglichem oder zurückdrängbarem Kopf eine Umwandlungsmethode in Hinterhauptslage (Zangemeisters), bei Erfolglosigkeit Wendung, bei tief im Becken stehendem Kopfe Forceps. Ist die Wendung mißlungen oder die Stirnlage mit engen Becken kompliziert, soll ebenso wie bei nach hinten rotierter Stirn zur Vornahme der Sectio in die Klinik überführt werden. Sonst verfallen diese Fälle der Perforation ebenso wie die toten Kinder und die mißlungenen Zangenversuche.

Am Schlusse der Arbeit befindet sich ein Literaturverzeichnis von 32 Nummern.